Rok XXX. Kraków, 28 Listopada 1891. Nr. 48.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przypadek tętniaka tętnicy macicznéj.[1]

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Panowie Koledzy! W sekcyi ginekologicznéj VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie przedstawiłem na posiedzeniu dnia 17 lipca chorą, którą po raz pierwszy widziałem dnia 14 lipca i u któréj rozpoznałem tętniaka tętnicy macicznéj lewéj (*Aneurisma arteriae uterinae sinistrae*). Przypadek ten przedstawiłem tem pochopniéj, że mi podobny z piśmiennictwa znanym nie był. Wówczas mogłem tylko przedstawić chorą i stwierdzić rozpoznanie, a nadto wysłuchać zdania kolegów ginekologów na zjeździe zgromadzonych. Po odbytym zjeździe miałem sposobność przez ciąg prawie dwóch miesięcy częstego widywania i badania choréj, a temsamem czynienia spostrzeżeń nad dalszym przebiegiem cierpienia. Obecnie nadto przeglądnąwszy odnośne piśmiennictwo, o ile mi takowe było dostępne, i nie znalazłszy o podobnym przypadku wzmianki, sądzę, że niniejszy zasługuje na skrzętne zanotowanie.[2])

Osoba lat 44 licząca, żona kupca, poczęła miesiączkować w 12 roku życia; miesiączka bywała zawsze skąpa 3—4 dni trwająca i w regularnych odstępach czasu powracała. Obecnie miesiączkuje również skąpo, czasami obficiéj, to znów skąpiéj a nadto od czasu do czasu miesiączka się przeciąga i trwa dłużéj. W młodości na nic się nie żaliła, nie chorowała, czuła się zdrową. W 19 roku życia wyszła za mąż, zaszła niebawem w ciążę i po dwóch miesiącach poroniła. Po poronieniu sprawy żadnéj zapalnéj nie przebywała, była jednak długo chorą, albowiem przez cały rok krwawiła. Późniéj już nie rodziła ani nie roniła. Po 10 latach niepłodnego małżeństwa poczęła szukać rady lekarskiéj przeciw niepłodności. Lekarz, którego się radziła, znalazł cierpienie macicy, przeciw któremu radził choréj miejscowych upustów krwi z tejże; na co gdy się pacyjentka zgodziła, stawiał jéj kilkakrotnie bańki na części pochwowéj. Leczenie to nie doprowadziło do pożądanego celu, a ponieważ pacyjentka czuła się po za tem zdrową, przeto rady lekarskiéj przez lat wiele nie zasięgała.

Od kilku lat dopiero poczęła mieć w brzuchu uczucie, jak podaje, ciągłego pukania, jużto mniéj jużto więcéj wyraźnego. Przed nadejściem miesiączki pukanie to stawało się wyraźniejsze i coraz uciążliwsze; wyraźniéj występowało także po większem zmęczeniu pracą lub chodzeniem. Stan ten stawał się dla niéj coraz przykszejszym, czuła się rozdrażnioną nerwowo i poczęła źle sypiać. Przed dwu przeszło laty będąc w Wiedniu zasięgała rady tamecznych lekarzy, którzy rozpoznali cierpienie kobiece, a mianowicie: guz mały koło macicy. Jedni z nich byli za zabiegiem operacyjnym, inni przeciw takowemu, i wreszcie po uczynionéj naradzie lekarskiéj polecili choréj bierne zachowanie się i dalsze obserwowanie cierpienia. Od dwóch lat żali się chora na szereg objawów dotyczących przewodu pokarmowego, między innemi na kurcze żołądkowe powracające od czasu do czasu, podczas których uczucie tętnienia w brzuchu się wzmaga i staje się nader dokuczliwe. Z powodu nadmienionych objawów dotyczących przewodu pokarmowego wysłaną została chora w celu leczenia do Krynicy, gdzie się pod moją opiekę udała.

B a d a n i e wykazało osobę wzrostu średniego, bardzo dobrze odżywioną. Powłoki ogólne i ciało jędrne, język mocno obłożony, czynność serca przyspieszona, tętno twarde, ciepłota prawidłowa, ucisk wywarty na wyrostki kolczaste kręgów 8 i 9 piersiowego dotkliwy, odruchy ścięgniste podniesione, okolica dołka podsercowego tkliwa, zresztą za pomocą badania zewnętrznego nic osobliwego wybadać nie można. Oglądanie sromu i przedsionka nie okazuje żadnych zmian nieprawidłowych.

Badając wewnętrznie za pomocą palca znachodzimy pochwę niezbyt szeroką, o ścianach wyraźnie fałdy okazujących; część pochwowa zbacza od osi miednicy nieco na prawo, długa na centimetr, o ujściu drobnem, gładkim brze-

---

[1]) Rzecz odczytana w Tow. ginek. krak. d. 3-go listopada 1891. — [2]) Jedyny przypadek, jaki w piśmiennictwie napotkałem pod tytułem: *Aneurisma arteriae uterinae* podany przez G r a i l y H e w i t t a (Schmidts Jahrb. T. 142, str. 245) odnosi się do przypadku *aneurisma spurium*, powstałego skutkiem urazu u położnicy, którą mąż 4 dnia po porodzie kolankował. 20 dnia po porodzie krwotok z zejściem śmiertelnem, oględziny pośmiertne rzecz wyjaśniły.

giem otoczonem. Sklepienie prawe szczelinowate, tylne od strony prawéj wolne, w przedniem czuć dalszy ciąg ciała macicy. Sklepienie lewe szerokie, obniżone przez guz elastyczny, w dolnym odcinku gładki, kulisto ograniczony przy dotyku bardzo wyraźnie tętniący. Badając dwuręcznie sposobem zestawionym stwierdzić można macicę prawidłowych rozmiarów w całości na stronę prawą przesuniętą w prawidłowem pochyleniu ku przodowi, dającą się poruszać w kierunku od przodu ku tyłowi i na odwrót. Poruszalność na boki, do góry i na dół upośledzona. Po stronie lewéj macica nie daje się od guza odgraniczyć ani obok niego przesuwać, stanowiąc wraz z tymże jednolitą całość. Guz pomieniony leży w więzie szerokim lewym tuż nad sklepieniem pochwowem, które spycha ku dołowi, przylega szczelnie do lewego brzegu macicy i to poczynając od miejsca przyczepu pochwy do części pochwowéj aż niemal do dna tejże. Guz ten wielkości dużego orzecha włoskiego albo raczéj jaja kurzego, zwężając się nieco sięga na bok do tylnéj ściany panewki stawowéj, w dotknięciu elastyczny, o powierzchni od dołu i od góry gładkiéj, od przodu okazuje rowkowate zagłębienie, przebiegające poprzecznie przez środek przedniéj jego ściany. Pod palcami czuć w całym guzie tak wyraźne tętnienie, że nie można powątpiewać o jego naturze. Pod uciskiem daje się ugnieść i zmniejsza się znacznie, bo niemal do połowy swéj objętości, przyczem czuć można, że ściany jego od góry, dołu i przodu są cienkie, po stronie zaś lewéj i prawéj grubsze, jak niemniéj, że w miejscach, gdzie ściany grubsze, są one zarazem zbitsze, twardsze, niepodatne, jakby w ścianie jakieś blaszki tkwiły; po zwolnieniu ucisku guz napełnia się znowu wracając do pierwotnych rozmiarów. Badając od strony pochwy dwoma palcami i podstawiwszy końce tychże pod dolny odcinek guza, w miarę tętnienia, ma się uczucie, jakby się końce palców od siebie oddalały. W obec tych objawów rozpoznałem co do narządu płciowego: „*lateropositio uteri dextra, aneurisma arteriae uterinae sinistrae*“. Czy w danym przypadku mieliśmy do czynienia z czystym tętniakiem, czy też z guzem powikłanym, rozstrzygnąć trudno, to tylko wrażenie wynieść się musiało, że część środkowa guza utworzoną jest przez jamę, w któréj żadnych przegród nie ma. Po brzegach zaś, tj. od strony macicy i od kości biodrowéj, znachodziły się części guza zbitsze, które mogły pochodzić jużto od zgrubienia ścian samych rozszerzonego naczynia: złogów wapiennych, pofałdowania; jużteż były częściami należącemi do utkania macicznego; jużteż wreszcie tworzyły sploty naczyń z tętniakiem komunikujących, albo nawet co najmniéj prawdopodobne, aby tworzyły utkanie nowotworowe.

Na posiedzeniu zjazdowem sekcyi ginekologicznéj kilkunastu kolegów badało chorą i wszyscy zgodzili się na rozpoznanie. Co do leczenia: Dr. Bylicki radził zabiegu operacyjnego, a względnie galwanopunktury. Dr. Kohn zabiegu operacyjnego od strony pochwy, aby módz wywrzeć ucisk założonemi kleszczykami Richelota od strony macicy. Dr. Mars radził stosowania ucisku na guz palcami i używania tamponów, temwięcéj, że wątpił, aby się pacyjentka na jakikolwiek zabieg operacyjny zgodzić chciała. Dr. Braun uważał ucisk za niebezpieczny i radził podwiązania naczyń a szczególnie naczynia doprowadzającego. Dr. Święcicki był za uciskiem i to za pomocą cążków Kohtsa. Prof. Tyrchowski sądził, że operacyja nie jest wskazaną, albowiem chora prawdopodobnie nie zajdzie w ciąże mając obecnie lat 44, a powiększenie guza może tylko zabieg operacyjny ułatwić.

Po zjeździe powróciła pacyjentka do Krynicy i pozostała nadal pod moją opieką. Poleciłem jéj picie wody karlsbadzkiéj, odpowiednią dyjetę, a nadto środki uspakajające ustrój nerwowy. Gdy zaś, jak przypuszczałem, pacyjentka na zabieg operacyjny na razie zgodzić się nie chciała, postanowiłem miejscowo wywierać ucisk na guz opisany i zakładać tampony dość zbite z waty w lewe sklepienie. Ucisk dwuręczny wykonywałem w sposób następujący: pacyjentkę układałem na posłaniu z podniesionemi krzyżami, dwa palce prawéj ręki, wskazujący i średni, wprowadzałem do pochwy pod największą wypukłość guza od dołu, lewą zaś ręką ułożoną nad pachwiną wywierałem końcami czterech palców ucisk od góry i od tyłu i tym sposobem działając, starałem się zgnieść guz ile tylko mogłem jak najwięcéj. Ucisk zrazu łagodny stopniowałem coraz więcéj w miarę jak czułem, że guz się wypróżnia; tak uciśnięty trzymałem tak długo między rękoma, jak długo byłem w możności, t. j. aż do chwili, gdy w palcach czucie tracić poczynałem. Podczas zabiegu pacyjentka była zawsze dość niespokojną, żaliła się bardzo na ból w powłokach brzusznych i na utrudnione oddechanie tak, że o wywieraniu ucisku przez czas dłuższy na jednem posiedzeniu trudno było myśleć, jak to radzą autorzy czynić w obec tętniaków zewnętrznie przystępnie położonych.

Nadmienić mi wypada, że zrazu wprowadzałem do pochwy tylko jeden palec, przekonałem się jednak, że przy silnym ucisku daje się koniec palca wcisnąć w guz i że ucisk nie działa na cały guz tylko na jeden punkt jego; bojąc się zatem, aby niejednostajnie wywarty ucisk nie sprowadził nadwerężenia guza (na co zwrócił uwagę podczas Zjazdu kol. Braun), wprowadzałem później dwa palce, któremi bardzo dobrze guz w całości ucisnąć było można. Wykonywanie ucisku było znacznie utrudnione niepodatnością powłok brzusznych i znacznym pokładem podściółki tłuszczowej, musiano zatem używać dużo siły, aby skuteczny ucisk wywrzeć; skutkiem tego powstawały po każdorazowym zabiegu sińce nad pachwiną lewą i tkliwość skóry, które niedozwalały zrazu częściéj niż co dwa dni ucisku wywierać. Po każdorazowym ucisku zakładałem tampon do pochwy podsuwając go w sklepienie lewe.

W czasie od 20/7—14/8 wykonałem ucisk 12 razy, wśród czego zauważyłem widoczne zmniejszanie się guza.

Od 15/8—21/8 chora miesiączkowała. Od 22/8—9/9 wykonałem ucisk 17 razy czyniąc ten zabieg codziennie (dwa dni tylko były wypuszczone). 23/8 badał chorą prof. Dr. Madurowicz, który ją badał także podczas zjazdu w Krakowie i stwiedził, że guz stał się miększym i znacznie mniejszym, i zachęcił mnie do dalszego stosowania ucisku.

Uciskając guz codziennie, zauważyłem, że z każdym dniem mogłem go coraz więcéj wypróżnić tak, że ściany jego górna z dolną ze sobą się stykać dawały.

Do dnia 25/8 czułem podczas ucisku tylko tętnienie, od tego zaś dnia począłem nadto mieć pod palcami uczucie tarcia, podobne do opłucnowego.

Dnia 31/8 dał się guz tak ucisnąć, że przez pewien czas zupełnie tętnienia nie czułem, co też i podczas następnych dni mi się udawało.

D. 9/9 musiała chora powracać do domu i niemogła pozostać dłużéj w leczeniu. W tym czasie guz przedstawiał się jako zmniejszony bardzo znacznie może do $^1/_5$ pierwotnych rozmiarów, przybrał kształt grubego postronka tuż nad sklepieniem pochwowem przebiegającego, zwężającego się w kierunku ku ścianie miednicy a rozszerzającego się nieznacznie ku macicy. Nadto podczas badania wyraźnie można było czuć części zbitsze po obu końcach opisanego postronka bez wywierania nań ucisku, co pierwotnie tylko podczas wypróżnienia guza czuć się dawało. Co do objawów podmiotowych podaje pacyjentka, że się ma lepiej, że jéj uczucie pukania w brzuchu nie dokucza.

Przypadek ten zwraca uwagę przedewszystkiem swą rzadkością i okoliczność ta musi skłonić do przypuszczenia, że powstanie tętniaka na tętnicy macicznéj w niniejszym przypadku wywołać musiały wyjątkowe i przypadkowe okoliczności. W wywiadach znachodzimy okoliczność, którąby powstanie tętniaka tłómaczyć mogła: przed laty 15 stawiano pacyjentce kilkakrotnie pijawki na części pochwowéj, otóż możebnem jest, że jedna z pijawek uczepiła się w sklepieniu pochwowem i jeżeli tętnica maciczna przebiegała tuż nad sklepieniem, mogła takową skaleczyć, poczem opisana zmiana powstać mogła, szczególniéj jeżeli naczynia tętnicze do tego zwyrodnienia były usposobione.

Zmniejszenie się guza tak znaczne po ucisku przemawia stanowczo za tem, że w niniejszym przypadku mamy do czynienia z czystym tętniakiem prawdziwym tętnicy macicznéj.

II. Kokaina w leczeniu ospy.

Podał

Dr. E. Lachowicz,

sekundaryjusz oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Pomiędzy nagminnie panującemi chorobami jakkolwiek ospa w obecnych czasach do coraz rzadszych plag ludzkości należy, a to dzięki częścią rozpowszechniającemu się przekonaniu o skuteczności ochronnego szczepienia, częścią przymusowemu jak w armii rozporządzeniu co do rewakcynacyi, to jednak daty statystyczne mnogą jeszcze liczbę jużto epidemicznie, jużto sporadycznie występujących przypadków przedstawiają. Że głównie nieszczepieni na zakażenie jadem ospowym są narażeni, nie potrzeba dziś już dowodzić, jakkolwiek wiadomem jest powszechnie także, że i ochronne szczepienie na pewien tylko przeciąg czasu, który przeważna część lekarzy mniéj lub więcéj na 7 lat oznacza, chroni od zakażenia. Wiadomo także, że przebieg ospy u szczepionych, czy to krowianką czy ospą humanizowaną, jest znacznie łagodniejszy, że krosty ospowe nie ropieją zazwyczaj tak długo i nie pozostawiają tak znacznego oszpecenia, które przeważnie na skórze twarzy przez cały przeciąg życia pozostaje, co szczególnie dla kobiet wcale nie jest pożądanem.

Zadanie lekarza mającego przed sobą chorego na ospę jest podwójne, a to w pierwszym rzędzie czuwać nad tem, aby podtrzymując siły chorego nie dopuścić do osłabienia i porażenia serca, wskutek czego najczęściéj śmierć w téj chorobie, jak w każdéj innéj ostréj zakaźnéj, następuje, a następnie, aby nie dopuścić do ropienia głębokiego i długotrwałego krost ospowych a temsamem uwolnić chorego od znacznego oszpecenia w przyszłości. Jednemu i drugiemu zadaniu starano się od dawna zadość uczynić. Co do pierwszego, to najlepszym i najskuteczniejszym środkiem do podtrzymania sił żywotnych serca jest i będzie alkohol, podobnie jak i inne środki pobudzające, jak kofeina, kamfora. Drugiemu zadaniu starano się zadość uczynić przez środki powstrzymujące ropienie i przyspieszające wessanie, a tu stosowano pędzlowanie nalewką jodową samą lub z gliceryną, jak to francuscy lekarze zalecali, albo przez napuszczenie skóry całego ciała tłuszczem w różnéj postaci, bądźto obojętnym, bądźto z dodatkiem środka odrażającego, jak kwasu karbolowego, borowego, albo nawet z dodatkiem małych ilości rtęci w postaci maści szaréj. — I rzeczywiście nietylko chorzy doznają przez nacieranie skóry tłuszczem znacznéj ulgi, głównie przez zwolnienie napięcia skóry, ale ropienie czasem zmniejsza się, zapalenie dokoła pęcherzyków nie szerzy się, mimo tego zesechanie pęcherzyków odbywa się bardzo powoli, a strupy tworzące się długi czas, bo i kilka tygodni, nie ustępują ze skóry, pozostawiając po odpadnięciu przedewszystkiem na twarzy większe lub mniejsze oszpecające ślady przebytéj ospy.

Przed trzema laty polecił francuski lekarz z Reims Dr. Luton stosowanie wewnętrzne w ospie kokainy. Autor podając kokainę wewnętrznie spostrzegał, że okres ropienia krost ospowych daleko był krótszy, że ropienie nie przybierało nigdy wielkich rozmiarów, a pęcherzyki wypełnione cieczą ropną nader szybko zasechały zamieniając się w strupki, które szybko od skóry się oddzielały, chorzy w ogóle dobrze ospę przebywali, cały czas przebiegu choroby o wiele był krótszym, a co także bardzo ważne, nie widział w przypadkach przez siebie obserwowanych późniejszego oszpecenia na twarzy.

Mając podówczas na oddziale chorób wewnętrznych prof Pareńskiego kilka zaledwie przypadków ospy prawdziwéj, stosowaliśmy wraz z kolegą Drem Sokołowskim polecony przez Lutona środek, a jakkolwiek wynik po stosowaniu kokainy był bardzo zadowalający, to za mała ilość była obserwowanych przypadków, aby można było coś więcéj stanowczego orzec. W ostatnich czasach mając znowu w oddziale nowoutworzonym chorób zakaźnych kilka przypadków prawdziwéj ospy, postanowiłem robić dalsze z kokainą doświadczenia a wyniki tychże ośmielam się podać do wiadomości Kolegom, aby ich zachęcić do czynienia dalszych w tym kierunku spostrzeżeń.

Stosowanie kokainy zaleca Dr. Luton w ten sposób, że chory dorosły wyżywa przez dobę dawkę 0·25 grm. kokainy na 125 grm. wody, biorąc z tego co godzina łyżeczkę, Zestawiwszy przebieg ospy w kilkunastu przypadkach leczonych w ostatnich latach w szpitalu św. Łazarza, przyszedłem do przekonania, że u chorych, u których stosowano w początku choroby, zazwyczaj przez przeciąg dni ośmiu, kokainę wewnętrznie, krosty ospowe występowały na skórze całego ciała, większe, pełne, dochodzące wielkości przekrojonego na pół grochu, krosty te nigdy prawie nie rozlewały się i nie wywoływały ropienia skóry, lecz że się tak wyrażę więdły, nie pękały bowiem, lecz przyskórek się marszczył, ropa powoli wessaną zostawała i po największéj części w miejsce krosty pozostawał uschnięty przyskórek, który potem się złuszczył. Na twarzy, gdzie krosty zwykle najgęściéj się usadawiają, krosty zwykle pękały, lecz ropienia nigdy nie było, tylko szybkie zasychanie, poczem przyskórek przyschnięty łatwo całemi płatami z twarzy schodził nie pozostawiając nigdy zagłębień twarz szpecących.

Nadto nadmienić mi wypada, że czas ogólny trwania choroby bezwątpienia znacznie się skracał, co jest nie małéj doniosłości tak ze względu na samego chorego, jak na bezpieczeństwo przed zakażeniem innych osób, choćby tylko bezpośrednio z chorym się stykających.

Jakiéj własności kokainy działanie to przypisać należy, trudno orzec Dr. Luton przypisuje ten zbawienny skutek własności desinfekcyjnéj kokainy, prawdopodobniéj jednak, sądzę, przypisać należałoby własności zwiększania pobudliwości układu naczyniowego, przez co szybsza przemiana materyi następuje tak w całym organizmie jak i w skórze.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Dyskusyja nad leczeniem raka.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy wiedeńskich, odbytem dnia 13 b. m. prof. Adamkiewicz przedstawił chorego, u którego z powodu raka skóry na powiekach i nosie stosował swój środek od 25 sierpnia do 12 październik b. r. U chorego tego nowotwór, który przedtem przedstawiał „czerwone ropiejące owrzodzenie“, począł w 5-tym

dniu leczenia pokrywać się od brzegów skórą, a od dnia 12 z. m., w którym to dniu zabliźnienie było zupełne, do chwili przedstawienia chorego nie zaszła żadna zmiana w wejrzeniu. Nawięzując do tego przypadku prof. A. podał uwagi nad swoim środkiem do leczenia raka, które jednak nie zawierały wyjaśnienia ani o składzie środka, ani o sposobie aplikowania tegoż. Tyle tylko z tych uwag wynikało, że środek ten ochrzczono mianem *„Cancroin“*, że sprawia on reakcyję w rakach, która jakkolwiek jest bardzo nieznaczna, może wśród okoliczności sprzyjających dopomagać do wyników leczniczych.

W dyskusyi zabrał głos Billroth i twierdził, że przypadek przedstawiony jestto typowy obraz płaskiego raka skóry, zabliźniającego się w środku. Takie centralne zabliźnienie się rakowców jest rzeczą bardzo częstą i występuje dobrowolnie, bez użycia jakichkolwiek środków. Wyleczenie téj najlżejszéj postaci raka, który rzadko nawet prowadzi do obrzęku gruczołów, a nigdy do przerzutów, można z łatwością osiągnąć za pomocą wycięcia, wyskrobania, przyżegania itd. Czy w danym przypadku leczenie metodą prof. A. jakikolwiek wpływ wywarło na zabliźnienie, trudno orzec. O specyficznem działaniu na tkankę rakową można mówić tylko wtedy, gdy guzki i nacieki na około miejsca zabliźnionego usunięte zostały, a że w danym przypadku tego nie ma, zatem o wyleczeniu mowy tu być nie może. Że częściowe zabliźnienie owrzodzenia rakowego dla chorego jest ulgą i uważane być może jako polepszenie, nie ulega wątpliwości; skoro jednak w przypadkach, które, jak przedstawiony, kilkakrotnie były leczone, zabliźnienie takie dobrowolnie następuje, przeto nie może on być dowodem skuteczności metody Adamkiewicza. Niedokładne pojmowanie zmian chorobowych przez prof. A. przypisuje mowca téj okoliczności, że tenże nie miał dość sposobności podobne przypadki dłuższy czas obserwować. W dalszym ciągu Billroth zbija stanowczo uwagi prof. A. „o stagnacyi, w jakiéj znajdujemy się w obec leczenia raka“. Wyrażenie to dowodzi, jak wykazuje mowca, że prof. A. nie zwrócił wcale uwagi na ogromną literaturę wszystkich czasów w tym przedmiocie.

Kaposi w głównych zarysach potwierdza to, co poprzedni mowca podnosił, mianowicie, że zmiany na twarzy pacyjenta przedstawiają obraz rakowca, rozszerzającego się ku obwodowi tak charakterystyczny, że mógłby śmiało służyć do demonstracyi śród wykładu klinicznego. Chory przedstawiony znajdował się w leczeniu Kaposiego od 6—8 lat i to rok rocznie po 1—2 miesięcy, zawsze jednak z powodu swych zajęć oddalał się, nie doczekawszy się końca leczenia. Na podstawie swych spostrzeżeń może K. śmiało twierdzić, że zabliźnienie nie jest dziełem ostatniéj metody leczniczéj. Co się tyczy guzków rakowcowych obwodowych, to są one jeszcze teraz tak charakterystyczne, że na pierwszy rzut oka rozpoznać można raka przybłonkowego. Wprawdzie guzki te więcéj są rozpadłe i strupkami krwawemi pokryte niż przed 2 miesiącami, takie drobne zmiany należą jednak do klinicznego przebiegu *Epithelioma serpens*. Jeżeli jednakże zmiany te wywołane zostały pod wpływem środka Adamkiewicza, to ważnem jest wiedzieć, jakie jest środka tego działanie podczas leczenia, jaka jest reakcyja itd. Wszystko to omieszkał prof. A. wskazać, a obraz kliniczny przypadka przedstawionego zmusza do orzeczenia, że pod względem leczniczym rak od dwóch miesięcy nie uległ żadnéj zmianie.

W odpowiedzi prof. Adamkiewicz stara się udowodnić, że zmiany korzystne, jakie w cierpieniu u przedstawionego chorego wystąpiły, jedynie działaniu specyficznego środka przypisać należy. Środek jego oddziaływa obojętnie, a zatem nie może działać żrąco, a że wstrzykuje się go pod skórę i ztąd wywołuje reakcyję w raku odległym od miejsca injekcyi i sprowadza nekrozę raka, przeto jestto środek specyficzny dla tego nowotworu. Zresztą środek ten ma także sprowadzać zanik gruczołów rakowato zajętych. W każdym razie, — twierdzi prof. A., — jego przypadek ilustruje dosadnie reakcyję, wywołaną w nowotworze przez środek wstrzykiwany i dążność do wyleczenia.

Zabiera głos Dr. Frank, asystent kliniki Alberta, w któréj to klinice prof. Adamkiewicz doświadczenia swe przeprowadzał, i podaje spostrzeżenia swe poczynione na dwóch przez A. leczonych chorych. Są to dwa *epitheliomata*, jeden na nosie, drugi na wardze dolnéj. Wstrzykiwania wykonywano w obu przypadkach pod skórę na szyi i pod szczęką, a wywołały one pomimo, że środek, jak prof. A. twierdzi, nie jest drażniącym zazwyczaj, bolesną infiltracyję w miejscu injekcyi; naciek ten tłómaczy sobie mowca w przypuszczeniu, że środek nie jest drażniącym, zakażeniem, sprowadzonem przez infekcyję z powodu wadliwéj aseptyki. Na nowotworach samych nie mógł mowca nigdy dostrzedz zmian, któreby można uważać jako reakcyję, jakkolwiek przypadki te badał bardzo dokładnie. Zmiany zjawiające się na strupach uważa jako następstwo mechanicznego insultu, wywołanego częstą palpacyją. Przybłoniak sam i nacieki tegoż nie okazywały śladu jakiejkolwiek zmiany. Okoliczność, że prof. A. nie uprzedził przełożonego kliniki o tem, że ma zamiar omawiać swą metodę, tłomaczy, dla czego prof. Albert nie był obecny na posiedzeniu.

W końcu przemówił Dittel, opisując dokładnie swoje wrażenia z dwukrotnego badania przypadka leczonego przez prof. A. w klinice Alberta. Wrażenie, jakie przypadek ten pomimo dłuższego leczenia czynił na nim, było tego rodzaju, że chirurg fachowy musi na pierwszy rzut oka rozpoznać istniejące jeszcze *carcinoma*. D. spodziewa się, że prof. A. nie będzie miał za złe, że jego metodę poddano krytyce, jest bowiem obowiązkiem każdego fachowca bezstronnie sąd swój wydać, gdyż uznanie ze strony Towarzystwa byłoby niejako potwierdzeniem prawdziwości wyników podanych. (*Wien. med. Wochenschrift*, 1891, Nr. 47).

Prof. Klebs w Zurychu: **o składzie tuberkuliny**.

Ogłoszenie ostatnie Kocha obniżyło znacznie nadzieję, że tuberkulina oczyszczona z szkodliwych składników może stać się prawdziwym środkiem leczniczym przeciw gruźlicy. Z tego powodu, chcąc niejako zgnębienie wywołane zatrzeć Klebs pospieszył z ogłoszeniem artykułu w Nrze 45 *Deut. mediz. Wschft.*, jakkolwiek posiada już większą pracę w téj materyi gotową do druku. Klebs chce na podstawie wyników z własnych doświadczeń „bronić tuberkuliny przeciw jéj wynalazcy“. Autor twierdzi, że mu się udało na ostatnim kongresie internistów wykazać, że tuberkulina u zwierząt dotkniętych gruźlicą usuwa w zupełności zmiany gruźlicze, i że przykre objawy uboczne występujące u ludzi pochodzą od działania istot znachodzących się w tuberkulinie surowéj, istot, które z działaniem leczniczem tuberkuliny nie mają nic wspólnego i mogą bez szkody dla skuteczności środka być usunięte, w przeciwieństwie do twierdzenia Kocha, który przyznaje czystéj tuberkulinie zupełnie te same własności ujemne, jakie posiada tub. surowa. Przyczyną téj sprzeczności w zapatrywaniach jest odmienność dróg, które badacze dla doświadczeń swych obrali. Podczas gdy Koch dla kontrolowania skuteczności istot otrzymanych z surowéj tuberkuliny posługiwał się dawkami śmiertelnemi, Klebs zwracał jedynie uwagę na wyniki lecznicze. Pierwszy uważa substancyję wtedy za tuberkulinę, gdy zabija w pewnéj dawce zwierzę po upływie 30 godzin, względnie sprowadza u człowieka ciężką reakcyję początkową, dla Klebsa zaś występowanie tych ciężkich objawów było znakiem, że szkodliwe istoty nie zostały jeszcze dostatecznie usunięte, lub jeśli się to nie uda, że te szkodliwie i leczniczo działające istoty są nierozdzielnie ze sobą połączone lub nawet identyczne. Koch zadowolił się takim ostatecznym rezultatem, Klebsowi to jednak nie wystarcza, gdyż postęp leczniczy pod wpływem tuberkuliny u zwierząt, które mniéj okazują tych ubocznych objawów niż człowiek, jest dla niego za nadto wyraźny. Autor uważa szkodliwe substancyje tuberkuliny, które nieprzyjemne objawy wywołują, za zasady organiczne (alkaloidy); tuberkulina bowiem daje typowe reakcyje z $PtCl_4$, HgCl i tzw. odczynnikami na alkaloidy (jodek potasu, rtęci lub bizmutu, kwas fosforowolframowy, molybdenowy itd.).

Po strąceniu tuberkuliny za pomocą bezwodnego wyskoku oddzielał Klebs z otrzymanego osadu za pomocą chloroformu i benzolu alkaloidy tak dalece, że tylko słabe reakcyje na alkaloidy jeszcze istniały. Pod działaniem takiéj tuberkuliny (*tuberculinum depuratum*) obserwował Klebs u zwierząt ustępowanie gruźlicy szczepionéj, znikanie zmian gruźliczych i prątków, *restitutio ad integrum*. Fakt ten pozwala zdaniem autora spodziewać się uleczności gruźlicy w przeciwstawieniu do wyników Kocha. Albowiem jest rzeczą pewną, że jeżeli rzeczywiście według zdania Kocha jego tuberkulina nie zabija prątków, to nie można się po niéj spodziewać skutków leczniczych. Z drugiéj strony jest nekroza tkanki gruźliczéj niezbyt pomyślnym objawem, gdyż każdy rozpad pociąga za sobą powiększenie się ilości prątków, jak to już Kl. udowodnił poprzednio.

Druga i lepsza, niż poprzednio opisana, metoda otrzymania czystéj tuberkuliny polega na strącaniu alkaloidów. Właściwa istota działająca, któréj z powodu jéj własności zabójczych dla prątków Klebs nadaje nazwę „*Tuberkulocidinum*", łatwo daje się z osadów za pomocą wody wyciągnąć. Istota ta jest zupełnie nieszkodliwą, nie wywołuje gorączki i sprowadza po krótkim czasie używania znaczne polepszenie w stanie zdrowia gruźliczych: gorączka hektyczna i poty nocne znikają, apetyt i ciężar ciała się wzmaga, objawy nieżytowe płuc ustępują bardzo szybko. Prątki gruźlicze w płwocinach stają się ziarniste, barwiące się cząstki coraz mniejsze, wreszcie zupełnie znikają.

U trzydziestu kilku chorych gruźliczych w ten sposób leczonych nie wystąpiły dotąd żadne następstwa niekorzystne. Ostateczne rezultaty i wnioski są naturalnie rzeczą dłuższéj obserwacyi. *Dr. A. Beck.*

Terapija.

Pental, nowe analgeticum

Prof. Mering w Halli z wodnika amylenu posiadającego własności nasenne, utworzył lek nowy, który pentalem (trimethyloethylen) nazwał. Przetwór ten posiada własności znieczulające. Płynny, łatwolotny jest zapalny jak eter, manipulacyja więc nim przy świetle z ostrożnością odbywać się winna. Narkozę w ten sam sposób się uskutecznia jak z chloroformem, t. j. za pomocą kroplenia na maskę. Występuje już po 3 minutach, jednakowoż nie jest ani głęboką ani długą. Zaletą jéj jest brak wszelkich nieprzyjemnych objawów ubocznych i następowych, t. j. nie sprowadza bólu głowy, wymiotów, nie działa na oddech i serce i nie sprowadza okresu podrażnienia. Weber podnosi następujące jego przymioty. 1) przyjemny zapach, 2) brak okresu podrażnienia, 3) brak wymiotów. Prof. Holländer stosował go przy ekstrakcyi zębów i podaje następujące wyniki: Narkoza występuje po 2 minutach przy użyciu 5—7 gramów. U niektórych znosi percepcyję nerwową bez utraty świadomości, u innych świadomość ustępuje miejsca stanowi jakby hypnotycznemu. Na rozkaz zanarkotyzowani wykonywają wszelkie ruchy. Po narkozie czują się zupełnie zdrowi. Zaleca też H. pental przy małych operacyjach chirurgicznych i dentystycznych. (*Wr. m. Bl.* Nr. 44, 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

Redard (Genewa): Znieczulenie miejscowe za pomocą chlorku etylu.

Już od dwu lat robiąc doświadczenia nad chlorkiem etylu autor przychodzi do przekonania, że takowy nader się nadaje i działa nadzwyczaj dobrze jako środek miejscowo znieczulający. Używał on go nietylko przy małych i krótko trwających operacyjach, ale zarazem tam, gdzie chodzi o usunięcie uporczywych nerwobolów. Przytoczone historyje chorób istotnie to potwierdzają. W początkach stycznia b. r. zgłosił się chory z nerwobólem międzyżebrowym, trwającym od 6 tygodni, z którego żadnym z polecanych mu przez lekarzy środków wyleczyć się nie mógł. Po rozpyleniu 10 gr. chl. etyl. ból ustąpił i podczas czterotygodniowéj obserwacyi więcéj nie powrócił. Odżywienie chorego znacznie się poprawiło, bezsenność usuniętą została.

R. używał swego środka w przypadkach *panaritium* i powierzchownych ropni, zawsze z równie dobrym skutkiem. U jednego ze swoich chorych wykonał w znieczuleniu chlorkiem etylu nawet dłuższą operacyję, nacięcie w kilku miejscach flegmony przedramienia, przyczem podwiązać mu wypadło dwie znaczniéj broczące tętniczki, co także rękoczyn nieco przewlekło.

Spostrzeżenia swoje uważa autor jeszcze za zbyt niedokładne i niegruntowne, aby módz szczegółowo opisywać sposób w jaki chlorek etylu stosowanym być winien. Ogłasza więc dotychczasowe wyniki swoje w formie krótkiego doniesienia, zastrzegając sobie na przyszłość głos w téj sprawie. (*Revue odontologique*, septembre 1891.)

Prof. Hollaender (Halla): Pental ($C_5 H_{10}$) jako środek znieczulający.

Przy wszystkich prawie dotąd środkach, jakie zastosowano w celu zniesienia bólu przy operacyjach, niejako kamieniem probierczym było wyjęcie zęba. Jeżeli bowiem przy téj tak nagłéj i nader bolesnéj akcyi chory nic nie odczuje, to i przy innych rękoczynach przypuszczać należy, że ten lub ów środek dobrze działać będzie. Tę próbę przechodziły kolejno prawie wszystkie dotychczas znane przetwory, posiadające własność zupełnego pozbawienia przytomności, jak chloroform, eter, bromek etylu, gaz rozweselający i inne. Podobnie po raz pierwszy zastosowanym został amylen, odkryty przez Cahoursa, a jako *anaestheticum* zastosowany w r. 1856 przez Snowa we wszystkich krótkotrwałych operacyjach. Bliżéj opisali go Tourdes i Robert; pierwszy robiąc doświadczenia na zwierzętach, drugi stosując go u ludzi, przyszli do przekonania, że działa on podobnie jak chloroform, z tą jednak różnicą, że odczuwanie bólu jest w zupełności zniesione, a przytomność choć w małéj części się zachowuje. Badania te, jak i późniejsze Pfeffermanna, który utrzymuje, że 10090 narkoz przetworem tym wykonał z bardzo dobrym rezultatem, są nader pobieżne, gdy zupełnie pomijają kwestyję własności przetworu i sposobu jego otrzymywania.

Dawniéj używane preparaty amylenu otrzymywano z alkoholu amylowego (*Fuselöl*). za pomocą środków odciągających wodę jak chlorku cynku i bezwodnika kwasu fosforowego. Drogą tą otrzymany przetwór był zanieczyszczony ubocznemi składnikami alkoholu amylowego i wydawał nader nieprzyjemną woń, do zgniłéj kapusty podobną. Obecnie prof. Mering podał sposób otrzymania czystego amylenu pod nazwą pentalu, który fabrykuje firma C. A. Kahlbauma w Berlinie z wodnika amylowego przez ogrzewanie z kwasami. Jest to płyn bezbarwny o nizkim ciężarze gatunkowym, którego 16 kub. ctm. waży 10·0. Zapala się łatwo jasnym płomieniem. Nierozpuszczalny w wodzie, rozpuszcza się w wyskoku i eterze. Jest nadzwyczaj lotnym, bezwarunkowo więcéj lotnym niż chloroform a nawet eter. Wdychany nie drażni ani błony śluzowéj jamy ust, ani przewodów oddechowych. Autor wykonał dotąd 200 narkoz na ludziach i podaje następujące spostrzeżenia, jakie wśród takowych uczynił. Stosować amylen można za pomocą zwykłéj maski do wdechania, jednak wiele się przytem przetworu niszczy, dla tego używa przyrządu Junkera przez siebie zmienionego, którego jednak bliżéj nie opisuje. Do jednéj narkozy potrzeba 10—12 sz. ctm. płynu, a narkoza następuje w 40—45 sekund, gdy przy użyciu zwykłéj maski wychodzi 30—35 kub. ctm., a narkoza następuje dopiero w czasie od 50—90 sekund. Chorzy winni się przed rozpoczęciem wygodnie z ciasnych ubrań dla lepszego oddechania porozpinać, w pokoju nie powinno być ani za wiele hałasu ani za wiele światła, gdyż wszystko to uśpienie opóźnia. U osób spokojnych, które równo głęboko oddychają, chwila utraty odczuwania bólu daleko szybciéj nastaje, niż u nerwowych i wrażliwych. Chorzy podczas uśpienia mają zazwyczaj oczy otwarte, źrenice nieco rozszerzone, nawet w głębokiéj narkozie rogówki częstokroć oddziaływają. Przytomność poniekąd bywa zachowaną, często na rozkaz otwierają sami usta, po obudzeniu nic o tem nie wiedząc. Skurczów m. żwaczy ani żadnych innych mięśni jak po bromku etylu autor nie zauważył. W przeciwstawie-

niu do tego środka narkozę można według woli przedłużać, co jednak przy wyrywaniu zębów jest niemożliwe, gdy podczas raźnego rękoczynu maska musi być dla przystępu operującego naturalnie odsuniętą. Wymiotów, mdłości, bolu głowy nigdy chorzy nie doznawali. Poprzedniego podniecenia przed zaśnięciem prawie nie ma, a jeżeli czasami się pojawi, to nader spokojne, krótkotrwałe i przyjemne, tak, że możnaby pental ochrzcić mianem „e t e r u r o z w e s e l a j ą c e g o“. Zaburzeń ani co do akcyj serca ani co do oddechania nigdy nie spostrzeżono. W ogóle środek ten poleca Hollaender jako najlepiéj działający, opierając się na 200 własnych przypadkach, które tak dobrze przebiegały. (*Journal für Zahnheilkunde.* Berlin 1 listopada 1891, Nr. 18).

Dr. W. Łepkowski.

Choroby weneryczne i skórne.

R o s i ń s k i : **Rzeżączkowe zapalenie błony śluzowéj jamy ustnéj u noworodków.**

Aczkolwiek błona śluzowa jamy ustnéj jest dla zmysłów dostępna, i aczkolwiek obserwacyja zmian na téj błonie nie napotyka na trudności, to jednak zdaniem autora panuje zamęt w patologii błony śluzowéj ust, zwłaszcza u dzieci. Przyczyną tego zdaje się być to, że przeważnie rozpoznaje się u dzieci soor albo afty i tą nazwą określa często zmiany, mające całkiem inne znaczenie. Opisując zapalenie rzeżączkowe jamy ustnéj, nie stwarza autor nowego pojęcia, zmianę tę bowiem już kilkakrotnie u osób starszych opisano. Niestety nie dostarczono w żadnym z opisanych przypadków niezbitego dowodu, że to była rzeżączka; przeważnie były to następstwa spółkowania *per os*. Ta geneza, oraz we wszystkich przypadkach jednakowy i charakterystyczny przebieg pozwalają pomimo braku jedynego pewnego dowodu, t. j. badania bakteryjologicznego, twierdzić, że w przypadkach opisanych była rzeczywiście rzeżączka. Zmiany téj u noworodków dotąd nie opisano.

Po tym krótkim wstępie przystępuje Rosiński do opisania pięciu przez siebie obserwowanych przypadków i cytuje ich nader szczegółowe historyje, z których przytaczamy to co najważniejsze. E. L. rodziła pięć razy; jest ona niewątpliwie dotknięta rzeżączką. 15 stycznia urodziła na ulicy, poczem wraz z dzieckiem i popłodem przyszła do kliniki. Tu zalapisowano dziecku oczy 2% rozcz. *arg. nitr.* Czwartego dnia zauważono u dziecka zapalenie spojówki rzeżączkowe na oku lewem. Ósmego dnia pojawił się na błonie śluzowéj ust jakiś biały nalot, jakiego autor przedtem nigdy u noworodków nie widział. Nalot ten zajmował jako wąski, biało-żółtawy, ściśle od otoczenia odgraniczony, nieco nad poziom błony śluzowéj wystający pasek, oba wyrostki zębodołowe. Podobny nalot zajmuje okolice t. zw. plam lub aft Bednara i grzbiet języka. Zmiany zajmują mniéj lub więcéj $^1/_3$ powierzchni języka, nie dochodzą do brzegów języka ani do jego nasady. W niektórych miejscach nalot ma odcień barwy żółtawéj i z tych miejsc daje się zetrzeć masa ropiasta, po starciu któréj widać plamę białą. Z miejsc białych nie daje się nic zetrzeć. Objawów ostrego zapalenia nie ma; brak przekrwienia, obrzęku i bolesności tak, że noworodek chętnie czepia się piersi. Zmiany wyżéj opisane powiększyły się nieco następnego dnia, ale już po czterodniowem trwaniu zaczęły ustępować. Najdłużéj, bo prawie miesiąc, utrzymywały się zmiany na języku.

Podczas obserwacyi wycięto kawałek błony śluzowéj języka do badania mikroskopowego. W masie ropiastéj, która się dała zetrzeć z miejsc dotkniętych chorobą, znaleziono mnóstwo komórek przybłonkowych i ciałek ropnych, a w wielu dużo gonokoków. Nadto spotykano gonokoki wolno leżące w wydzielinie obok wielu innych nie mających znaczenia mikrobów.

W pozostałych czterech przypadkach zmiany anatomiczne i przebieg choroby mało co różniły się od zmian i przebiegu w pierwszym przypadku. We wszystkich, i to jest uderzające, choroba lokalizowała się: na obu wyrostkach zębodołowych, na plamach Bednara, na grzbiecie języka i czasem w linii środkowéj podniebienia twardego; we wszystkich przypadkach choroba przebiegała bardzo łagodnie, bez objawów ostrego zapalenia, nawet bez upośledzenia funkcyi ssania, w wydzielinie w końcu wszystkich przypadków znaleziono gonokoki.

Ciekawe te i niezwykle spostrzeżenia wymagają ściśléj naukowéj kontroli, a przedewszystkiem odpowiedzi na dwa pytania: 1) czy koki znajdowane w wydzielinie były niewątpliwie gonokokami? 2) w razie potwierdzenia 1-go pytania, czy zmiany anatomiczne zawisły od gonokoków, czyli, czy gonokoki wywołują zapalenie błony śluzowéj ust. Pierwsze pytanie może autor z całą pewnością potwierdzić; diplokoki bowiem, o które chodzi, przebyły wszelkie próby, n. p. barwienie Roux-Grama i wysiewanie na kultury i z prób tych okazało się, że diplokoki te są napewne gonokokami. Na drugie pytanie odpowiedzieć trudniéj. Nie ulega wątpliwości, a to wykazały wprost szczepienia, że gonokokus wywołuje t. zw. rzeżączkę. Dokładniejsze badania Bumma, który studyjował zachowanie się gonokoków w tkankach, w których wywołały zapalenie, pouczają, że rzeżączka jest procesem rozgrywającym się tylko w powierzchownych pokładach błony śluzowéj. Gonokoki, które przez przybłonek utorowały sobie drogę w głąb, zatrzymują się w połowie drogi i nie wywołują nigdy głębszych zmian dekstrukcyjnych. Gerheim nawet twierdzi, że wszelkie zmiany głębsze towarzyszące rzeżączce i nazwane powszechnie rzeżączkowemi, n. p. gościec stawowy, zapalenie tkanki około macicznéj, zapalenie śródsierdzia, zapalenie gruczołu Bartholiniego i t. d., są następstwami zakażenia mikrobami, którym gonokoki tylko utorowały drogę.

Zapalenie błony śluzowéj ust obserwowane przez autora okazywało wszelkie cechy procesu rozgrywającego się w powierzchownych warstwach, ba nawet w samym przybłonku. Cała sprawa kończyła się widocznie regeneracyją przybłonka, a potem nie było nigdzie śladu blizny.

Że sprawa zapalna toczyła się powierzchownie, i że gonokoki nie znajdowały się w wydzielinie przypadkowo jako zanieczyszczenie, dowodzą skrawki mikroskopowe błony śluzowéj wyciętéj z miejsc chorobą dotkniętych. W preparatach tych wykazał autor gonokoki, które wypełniają przestwory między wielowarstwowym przybłonkiem ust i dążą ku błonie śluzowéj. Nigdzie nie ma gonokoków w komórkach przybłonkowych, zgadza się to ze spostrzeżeniami innych autorów, którzy twierdzą, że gonokoki w tkance nie znajdują się prawie nigdy w komórkach, zaś zazwyczaj w wydzielinie. W tkance łącznéj pod przybłonkiem nie znalazł Rosiński pomimo skrzętnego poszukiwania gonokoków, co również zgadza się z naszemi pojęciami o gonokokach i przemawia za tem, że cały ten proces jest zapaleniem rzeżączkowem.

Badania te dowodzą nadto, że rzeżączka może się toczyć na błonie śluzowéj pokrytéj przybłonkiem płaskim, czemu do ostatnich czasów przeczono. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że błony śluzowe pokryte przybłonkiem walcowym są nierównie częściéj siedzibą rzeżączki, faktem jest jednak z drugiéj strony, że w wyjątkowych przypadkach i przybłonek płaski nie chroni od zakażenia. Zależy to, zdaniem autora, nie od kształtu przybłonka, tylko od jego żywotności i odporności. Przybłonek spojówki osoby dorosłéj snać odporniejszy chroni spojówkę znacznie lepiéj od zakażenia, niż takiż sam przybłonek u noworodka, a zapalenie tryprowe błony śluzowéj pochwy wydarza się prawie wyłącznie u dzieci, podczas gdy *vaginitis* osób dorosłych należy zdaniem Neissera do wyjątków. Aczkolwiek rzeżączka jamy ustnéj nie jest jeszcze dobrze znana, to przecież już obecnie można powiedzieć, że trafia się ona częściéj u noworodków niż u dorosłych. Jest ta błona śluzowa ust widać odporna w obec jadu tryprowego, skoro *stomatitis blenorrhoica* nie opisano u prostytutek, których usta stykają się tak często podczas *coitus per os* bezpośrednio z jadem. Przyczyną téj odporności jest niewątpliwie wielowarstwowy przybłonek płaski.

U dzieci, u których jak mówiliśmy ten przybłonek jest mniéj odporny, uderza nas to, że proces ten mający gdzieindziéj (w cewce moczowéj, na spojówce) nieprzepartą ten-

dencyję do szerzenia się, ogranicza się tutaj i to zawsze do pewnych miejsc predylekcyjnych. Miejsca te są: przednie dwie trzecie części języka (bez brzegu języka, który pozostaje wolnym), plamy Bednara i okolica *hamulus pterygoideus*, szczyt wyrostka zębodołowego szczęki górnéj i dolnéj. W trzech przypadkach widziano plamę w linii środkowéj podniebienia twardego, raz we fałdzie między wargą dolną a dziąsłami.

Dlaczego miejsca te a nie inne są siedzibą choroby? Otóż badanie błony śluzowéj jamy ust noworodków wykazuje, że w miejscach tych albo już *a priori* pokład przybłonkowy jest cieńszy, albo też przez właściwe ruchy języka podczas ssania najłatwiéj ulega starciu i uszkodzeniu. Z tego wynika, że przybłonek płaski jamy ustnéj noworodków aczkolwiek z natury delikatny, jest wystarczającą zaporą przed gonokokami, i że dopiero potrzeba pewnych momentów, które tę odporność osłabiają. Ale i wtenczas muszą gonokoki walczyć z wielkiemi przeszkodami i nie są w stanie wywołać cięższego ani dłużéj trwającego zapalenia. Ztąd pochodzi, że autor pozostawiał leczenie naturze, która nigdy nie zawodziła i przez regeneracyję dotkniętego chorobą przybłonka doprowadzała do zupełnego wyleczenia. (*Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynaek.* XXII. 1 i 2, 1891).

Dr. Al. Rosner.

Choroby skórne i kiłowe.

Unna (Hamburg): **Grzyb *Favus*.**

Ponieważ mamy kilka odmian grzybków *Favus*, więc i tyleż będzie obrazów klinicznych grzybkiem tym wywołanych. Unna rozróżnia 3 rodzaje tego grzybka i 3 też opisuje zmiany. Odmiany te zaszczepił na zwierzętach i ludziach i z nich pierwszy zaszczepiony na ramieniu sprowadził obraz *Favus herpeticus*, którego kultury na mysz przeniesione to samo wejrzenie miały, ale dopiero po 3 do 4 tygodniach, tak, iż *Dermatitis traumatica* wykluczyć było można. Trzeci gatunek zaszczepiony na przedudzie sprowadził miejscowe zapalenie i obrzmienie, poczem zaczęły się tworzyć żółte strupy. Różnica między 1 a 2 gatunkiem jest następująca: Pierwszy gatunek jest szaro-żółtéj barwy, rośnie i rozmnaża się powoli, drugi jest barwy jasno-żółtéj jak siarka, rośnie szybko na podstawie zapalnéj i połączony jest z bólem. Drugi gatunek aczkolwiek z człowieka zdjęty nie dał się na człowieka znów przeszczepić. Podobny jest z zachowania się swego do grzybka Quinkego, przeszczepia się go z łatwością na zwierzęta prócz szczurów, kotów i kur. Nitki jego osadzone są prostopadle do komórek przyskórka, na podstawie których się rozradzają. (*Ber. über d. V. d deutsch. Naturforscher in Halle* 1891).

Ehrmann (Wiedeń): **Zapalenie obwodowych nerwów rdzeniowych w kile wczesnéj.**

Wśród przebiegu kiły wczesnéj często przychodzi do neuralgii, hyperestezyi i parestezyi, jakoteż porażeń obwodowych nerwów. Tutaj też zaliczyć należy *analgesia et ischias syphilitica* Fourniera. W schorzeniach nerwów mózgowych trudniéj już orzec, czy mamy do czynienia z cierpieniem ogniskowem, czy obwodowem. Ilość ogłoszonych przypadków jest nadzwyczaj szczupłą (Schultz, Rumpf, Ehrmann), a na podstawie 2 obserwowanych przypadków podaje Ehrmann następujące objawy, w celu rozpoznawania neuralgii obwodowéj kiłowéj: 1) bolesność przy ucisku w przebiegu nerwu i obrzmienie takowego. 2) Częściowy zanik mięśni przez nerw odpowiedni zaopatrywanych, bez porażenia ich. 3) Zniesiona reakcyja na prąd galwaniczny, lecz nie na faradyczny. 4) Przeczulica odpowiednich gałązek czuciowych, a następnie dopiero zniesienie czucia. 5) Objawy współcierpienia odpowiedniego *plexus*. 6) Odruchy utrzymane.

Pod względem rozróżnienia to przeciw *poliomyelitis* przemawiają:

1. Objawy ze strony czuciowych i ruchowych pni, podczas gdy *poliomyelitis* tylko sprowadza porażenie ruchowe, a następnie utrzymana władza wszystkich mięśni, jedynie tylko ich siła zmniejszona.

2. Ścisłe ograniczenie objawów chorobowych tylko w granicy pewnych nerwów, podczas gdy *poliomyelitis* ma charakter cierpienia rozlanego. Jeżeli przychodzi do samowolnego oddawania kału, to nie ze względów porażennych lecz wskutek anestezyi błony śluzowéj odbytnicy i osłabienia mięśni żdziergaczy. Przeciwko zajęciu opon przemawia brak objawu Brown-Séquarda. W ogóle *neuritis* nerwów rdzeniowych na podstawie kiłowéj nie jest niczem innem, jak tylko zadrażnieniem nerwów przez *contagium*, jak to we wszystkich innych chorobach zakaźnych się przydarza. (*Wr. med. Bl.*, 1891, Nr. 40.)

Dr. Mendelsburg.

Położnictwo.

Cholmogorow: **Dwa przypadki „*Missed abortion*“.**

I. Pani S. l. 20 miesiączkowała regularnie od 14 roku życia. Rodziła dwa razy; porody i połogi prawidłowe. W 6 tygodni po ostatnim porodzie miała prawidłową regularność, a w krótce potem wystąpiły objawy, które pozwoliły choréj domyślać się, że jest w ciąży: piersi zaczęły się powiększać, nudność i wymioty zaczęły się od czasu do czasu, zwłaszcza rano naczczo, pojawiać.

Kiedy się kończył 4 ty miesiąc téj domyślnéj ciąży, pojawiły się bez jakiejś wyrazistéj przyczyny krwawo zabarwione odchody, które trwały dwa tygodnie, nie będąc nigdy zbyt obfite. Nie towarzyszyły im bóle. Z chwilą wystąpienia krwawych upławów ustały nudności i wymioty, piersi zmniejszyły się. To trwało cztery miesiące. W tym czasie badał pacyjentkę autor i wykazał stan macicy odpowiadający czteru miesiącom ciąży. I znowu minęło kilka miesięcy. Stan zmienił się tylko o tyle, że macica nieco się zmniejszyła, a rozpulchnienie tak bardzo cechujące ciążę prawie ustąpiło. W jedenaście miesięcy po zastąpieniu a w 7 miesięcy po obumarciu płodu nastąpiło w końcu poronienie. Jaje wyszło *in toto*. Zawierało ono mało płynu; płód blady zmumifikowany miał 15 ctm. długości, pępowina 20 ctm. Łożysko suche, cienkie. Pacyjentka odbyła prawidłowy połóg.

II. Drugi przypadek odnosi się do pacyjentki, która od lat dwóch zamężna, rodziła raz nie na czasie, bo w 8-ym miesiącu ciąży, dziecko żywe. Regularność tak przed porodem, jak i potem prawidłowa. Ostatnia miesiączka koło 10-go września 1889 r. W październiku zaczęły się nudności i wymioty tak uporczywe, że myślano już sztucznie wypróżnić macicę, ażeby uchronić pacyjentkę od śmierci z wyniszczenia; na szczęście wymioty ustały same przez się w końcu listopada 1889 r. Badanie wykonane w pierwszéj połowie listopada wykazało wszystkie objawy ciąży dwumiesięcznéj. W połowie grudnia zauważyła chora krwawe odchody, które po kilku dniach ustąpiły. Od téj chwili jednak piersi przestały się powiększać i zmiękły, a macica stała się nieco twardszą. W pierwszych dniach marca pojawił się krwotok znaczniejszy i urodziło się jaje długości 11 ctm. W jamie jaja nie znaleziono już płodu. Połóg był prawidłowy.

W pierwszym przypadku płód obumarł w 4 miesiącu ciąży, poczem bez szkody dla matki pozostał jeszcze 7 miesięcy w macicy. Od zastąpienia więc aż do poronienia ubiegło 11 mies. W drugim przypadku trwała ciąża mniéj lub więcéj 3 mies., a po śmierci pozostawał płód jeszcze 2 mies. w jamie macicy. Oba te przypadki, a zwłaszcza pierwszy, należą do rzadkości. Że tak jest, dowodzą zacytowane przez autora zdania poważnych położników. Między innymi pisze Schröder o „*missed abortion*“ co następuje: „Kilkotygodniowe zatrzymanie martwego płodu jest rzeczą całkiem zwyczajną. Retencyja kilkumiesięczna należy już do wielkich rzadkości, a jeszcze rzadziéj się zdarza, żeby płód pozostał w macicy poza normalny okres ciąży“. W podobny sposób wyrażają się i inni autorowie podręczników. (*Zeitschr. f. Geburtsheilk. und Gynaek.*, XXII, 2, 1891).

Dr. Al. Rosner.

Choroby nerwowe.

Moebius: O *Akinesia algera*.

Akinesia algera jest to cierpienie objawiające się w postaci niedomogi ruchów wskutek bez powodu występujących bólów. Zapadają na nią zazwyczaj dziedzicznie obciążeni, po nadmiernéj pracy umysłowéj w połączeniu z przypadami neurastenicznemi i hysterycznemi. Pierwszy przypadek tyczył się 33-letniego profesora gimnazyjalnego, którego ojciec

cierpiał paranoję. W roku 1887 zjawiły się najpierw bóle głowy z bezsennością, a za nią niechęć do pracy. Przy ruchach następnie wystąpiła ociężałość członków z bolami mięśniowemi. Bóle były największe w przedramieniach i zmusiły chorego do spokojnego leżenia całemi godzinami. Głowa była od cierpienia całkiem wolną. Odruchy rzepkowe były obustronnie zwiększone, przeczulica przedramion i rąk. Bromek potasu jakoteż sugestyja bez skutku i dopiero po kilkomiesięcznym spokoju cierpienie częściowo ustąpiło.

Cierpienie to obserwował M. także u 42-letniéj nauczycielki muzyki, która w młodości swéj zapadała na drgawki. Bóle głowy, bezsenność i niechęć do pracy także były pierwszemi objawami. U niéj bóle w kończynach dolnych były silniejsze niż w górnych, a chodzenie było zupełnie niemożliwe. Po 10 letniem trwaniu bóle chwilowo ustąpiły, lecz wskutek irytacyi napowrót się pojawiły w połączeniu z ogólną przeczulicą. Ostatecznie manija prześladowcza zakończyła szereg powikłań. Moebius uważa cierpienie to za funkcyjonalne do obłąkania prowadzące. Bóle są natury histerycznéj, aczkolwiek saméj choroby nie można za histeryję uważać, lecz raczéj do działu ogólnych anestezyj policzyć, które Krukenberg i Ziemssen opisują. (*Deut. Zeitschr. für Nervenheilkunde*, I).

Prof. Eichhorst (Zurych): **Spostrzeżenia nad odruchem ścięgnistym rzepki** w *tabes dorsalis*.

Jest rzeczą przez Westphala udowodnioną, że jednym z najwcześniejszych objawów, uwiąd rdzenia zapowiadających, jest brak odruchu ścięgnistego rzepki. (*Patellarreflex*). Na przypadkach klinicznie i anatomicznie ściśle badanych Westphal wykazał, że odruch ten wtedy znika, jeżeli zajęte są chorobowo sznury tylne w miejscu przejścia części piersiowych w części lędźwiowe, a które nazwał okręgami wejściowemi (*Wurzeleintrittszonen*). W okręgach tych znajdują się pewne zewnętrzne części sznurów tylnych do tylnych rogów rdzenia przylegające, przez które włókna korzeni tylnych przechodzą. Dla krótkości nazywa E. okolicę tę okolicą Westphala. Zdarza się jednakowoż, że mimo objawów wiądu odruch rzepkowy jest utrzymany, a zdarza się to wtedy, jeżeli zmiana chorobowa nie poczyna się od dołu lecz od góry, tj. w części szyjnéj rdzenia. Nie dochodzi ona wtedy do okolicy Westphala, a zatem odruchu nie znosi. Jestto tak nazwana *Tabes cervicalis* Remaka. Weir-Mitchell opisał przypadek, w którym objawy tabetyczne rozpoczęły się w kończynach górnych. Odruch ścięgnisty nie tylko że nie był zniesiony, ale nawet zwiększony. Martius badał anatomicznie rdzeń pacierzowy chorego na *tabes cervicalis* i znalazł okolicę Westphala niezmienioną. E. obserwował w klinice swojéj kobietę, u któréj, mimo iż przedstawiała objawy *tabes cervicalis*, odruchu ścięgnistego nie było. Chora umarła nagle na insult apoplektyczny, a nekroskopija wykazała zwyrodnienie tylko części szyjnych i piersiowych rdzenia. Okolica Westphala była wolną od zmian. Niespodziankę tę wytłomaczyło dopiero badanie nerwów nożnych (*nn. crurales*), które przedstawiały obraz *neuritis parenchymatosa*. Słusznie więc twierdził Leyden mimo opozycyi Oppenheima, iż brak odruchu ścięgnistego rzepki może czasem polegać li tylko na zmianach w samychże nerwach. (*Wiener. med. Wschrft*, Nr. 44, 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Immerwahr: **Błękit metylenu jako środek przeciw nerwobólowi.**

Na podstawie prac Ehrlicha błękit metylenu zaliczono do środków ból kojących. Spostrzeżenia tego autora i Leppmanna dowiodły, że działa on skutecznie w sprawach łączących się z zapaleniem nerwów, w gośćcowych cierpieniach mięśni, stawów i ścięgien a przytem, co w zastosowaniu jest bardzo korzystne, nawet w dużych dawkach i przez dłuższy czas podawany nie pociąga za sobą ubocznych nieprzyjemnych objawów.

Wyniki powyższe kontrolował Immerwahr w poliklinice prof. Briegera i podaje ze spostrzeżeń swych następujące rezultaty: Błękit metylenu czysty (*Methylenblau medicinale*) w rzeczywistości nie sprowadza ubocznych objawów nieprzyjemnych, prócz parcia na mocz miernego stopnia i to przy dłuższy czas trwającem podawaniu. Należy tylko zwrócić uwagę chorych na to, że mocz przybiera barwę niebieską. Co do działania błękitu metylenu, to I. w 6 przypadkach rwy (*ischias*) nie widział żadnego skutku. Natomiast w 2 przypadkach nerwobólu n. troistego ustąpiło cierpienie po podaniu 10 kapsułek po 0·1 błękitu metyl. i to trwale. Podobnie udało się autorowi migrenę spastyczną za pomocą błękitu metylenu po 1—2 godzin usunąć i to przynajmniej na przeciąg kilku tygodni. W rozlicznych przypadkach bólu głowy czysto nerwowego, w depresyi alkoholowéj (*vulgo Katzenjammer*) wystarczała dawka 0·1 błękitu metylenu, aby usunąć cierpienie w ciągu godziny w zupełności. Bóle mięśniowe w jednym przypadku gośćca mięśniowego znikły po 24 godzinnem leczeniu za pomocą bł. metylenu. W końcu zauważył I. zbawienny skutek tego środka w dwóch przypadkach *herpes zoster*. Bóle zazwyczaj w tem cierpieniu tak gwałtowne ustąpiły po 6 dniach leczenia, poczem pęcherzyki prędko zaschły.

Zastosowanie błękitu metyl. ogranicza się tylko do bólu na tle czysto nerwowem, a w obec bólów z innych przyczyn n. p. wrzodu żołądka, raka i t. d. jest bezskuteczny. (*Deut. med. Wschr.* 1891, Nr. 41). *Dr. Beck.*

Medycyna sądowa.

Seydel: **O nabytéj niedodmie płuc noworodków i jéj przyczynach.**

S. dokonał obdukcyi zwłok noworodka, który według zeznań wiarygodnych świadków oddychał i żył przez 4 godziny po urodzeniu, potem nagle zmarł, a przy oględzinach pośmiertnych płuca jako dotknięte całkowitą niedodmą tonęły. Przypadek ten skłonił go do studyjów i doświadczeń, co właściwie jest istotną przyczyną ustąpienia powietrza z płuc noworodków, które oddychały. Dotąd wiadomem jest, iż przypadki takie, aczkolwiek nader rzadko ale się zdarzają, a przyczyną ustąpienia powietrza z płuc noworodka jest bardzo znaczna elastyczność płuc jego, niedostateczne wypełnienie tychże powietrzem zapasowem, słaba odporność i podatność klatki piersiowéj; głównym atoli powodem ustąpienia powietrza z płuc noworodka jest, jak wiemy z badań Ungara, chłonienie powietrza z pęcherzyków płucnych przez krew krążącą jeszcze mimo ustania oddychania. Chłonienie to jest tem możliwszem, ile że jak Kölliker wykazał, światło naczyń włosowatych płucnych u noworodka jest szersze od światła wstawek oskrzelowych. Zdaniem S. muszą tu działać jeszcze inne czynniki pomocnicze, aby powietrze z płuc w całości na zewnątrz wydalić. Temi czynnikami są: zwiększone parcie śródbrzuszne, n. p. przez wysięki w jamie brzusznéj, jelita gazami rozdęte, lub zwiększone parcie w worku opłucnowym, wtedy bowiem krążenie żylne jest utrudnione, serce prawe jest krwią przepełnione, czyli wtedy istnieje przekrwienie bierne. Wyższy stopień tego przekrwienia prowadzi do wysięków lub wybroczyn w mózgu, zwłaszcza w okolicy ośrodków oddechowych i ztąd wskutek ucisku mózgowego być może, iż oddechy cierpią i powietrze łatwiéj ujść może. Zapatrywanie to podała pierwsza panna Lehmus z drezdeńskiéj porodnicy. Autor chcąc rzecz tę wyjaśnić, wykonał doświadczenia na zwierzętach w 4—5 dni po urodzeniu tychże i na zwierzętach na krótki czas przed urodzeniem dobytych cięciem cesarskiem z łona matki. Wstrzykiwał on wodę lub wpędzał powietrze do jamy brzusznéj tym zwierzętom, innym równocześnie obrażał czaszkę zgniataniem. Na téj drodze doszedł do wyników: że w drodze mechanicznéj nie można usunąć całéj zawartości powietrza z płuc zwierząt, które już dni kilka żyły; u zwierząt zaś sztucznie przedwcześnie urodzonych następuje w krótkim czasie (3—10 godzin) zupełne rozwinięcie się płuc, a wówczas na tejże drodze rownież nie daje się usunąć powietrze z płuc. Przyczyną znikania powietrza z płuc takich jest obok absorbcyi powietrza przez krew krążącą po ustaniu oddechania, pewne mechaniczne utrudnienie oddechania. — Wpływ inerwacyi oddechowéj polega na wadliwem rozwoju toru oddechowego. (*Vierteljschr. f. ger. Med.*, 1891, II Bd. I zeszyt.) *Dr. Wachholz.*

IV. Kilka słów o szkole dentystycznéj berlińskiéj

podał
Dr. W. Łepkowski,
b. asystent kliniki chirurg. Uniw. Jagiell.

Dziś już i dentystyka zaczyna się dobijać należnego sobie uznania, a wartości jéj nie zaprzeczają ci, którzy umieją cenić znaczenie zdrowych zębów w gospodarstwie naszego ustroju. Nie dość jest, żeby lekarz udający się na praktykę umiał tylko zęby wyrywać, ważniejsza aby je umiał zachować, dając wczas odpowiednią poradę. Nie myślę wcale, aby każdy z lekarzy szczegółowo miał umieć całą sztukę utrzymywania zębów, jak plombowanie, wprawianie i t. d.; to jest już rzeczą specyjalisty, ale owe najgłówniejsze wstępne rękoczyny, jak umiejętne leczenie zapalenia miąższu śródzębowego żadnemu lekarzowi nie powinny być obce i wiedzieć przynajmniéj musi, który ząb jeszcze uratować można, a nie zbyt pochopnie brać się do wyrywania.

Potrzeby te uznał Uniwersytet berliński za słuszne i przed 8-miu laty założono instytut, dziś najsławniejszy w Europie, w którym czerpią wiedzę nie tylko Niemcy, ale wielka liczba cudzoziemców, z różnych stron świata rok rocznie przybywających. Dziś zaopatruje Berlin niemal całą Europę w dentystów, wydając ich rok rocznie około 70.

Chcąc dać poznać, jak wygląda ta szkoła, jakie posiada zalety i bijące w oczy wady, pozwolę sobie w krótkości podać jéj opis, dodając nieco praktycznych wskazówek dla Polaków, wybierających się na naukę dentystyki do Berlina.

Przy ulicy Doroty l. 40, na bardzo niepozornéj, wciśniętéj w ulicę, dwupiętrowéj kamienicy znajdujemy napis: *„Institut der Zahnheilkunde“*. Szkoła ta tu na tem miejscu istnieje, jak już wspomniałem, od lat 8, a trzy lata temu została powiększoną i dziś zajmuje dół i dwa piętra. Ponieważ rozmieszczone są podług tych pięter i działy sztuki dentystycznéj, przeto przejdźmy z dołu do góry dom cały, ażeby wyrobić sobie o nim dokładne pojęcie. Dom ten nie był budowany na instytut, ale jest to przerobiona tylko na powyższy cel prywatna kamienica.

Na dole pod przewodnictwem prof. W a r n e k r o s a rozmieszcza się techniczne laboratoryjum. W dwu dość obszernych pokojach od ulicy znajdujemy kilka stołków operacyjnych dentystycznych, gdzie chorym zdejmują uczniowie pod nadzorem profesorów i asystentów odciski szczękowe tak za pomocą gipsu, jak i odpowiedniéj masy żywiczéj (S t e n t). Tu także widzimy kilka miejsc dla pracujących, którzy się we właściwem laboratoryjum nie pomieścili. Sama pracownia, przedzielona od wspomnianych pokoi małą poczekalnią dla chorych, z biedą pomieści może około 60 pracujących. Od godziny 9 rano do 6 wieczorem, z jednogodzinną przerwą w południe, pracownia stoi otworem. Prof. W a r n e k r o s naprzemian ze swoimi pomocnikami asystentem p. S p r e n g l e m i demonstratorem p. B e i e r l e i e m radą i pomocą są na każde zawołanie uczniów. O ile możności, jak szczupłe stosunkowo miejsce wystarcza, są do rozporządzenia wszelkie aparaty najnowszego systemu, tak do robót z metalu, jak i kauczuku. Przez 4—6 miesięcy może każdy nie tylko na modelu, ale zdejmując odcisk wprost z chorego, bo materyjału tu nie braknie, robić najrozmaitszego rodzaju płyty. Prócz tego nauczyć się można sposobów robienia protez do zastąpienia szczęk całych, tak dolnych jak i górnych, daléj obturatorów w przypadkach jam po *lues* lub *phaux lupina* i zakładania sączków metalowych, w celu leczenia zajętéj zapalnie jamy Highmora.

Trudno byłoby opisywać każdy z osobna przyrząd i sposób jego użytku, tu gdzie chodzi o opis całego Zakładu. Mogę tylko nadmienić, że aparaty te są w dostatecznéj liczbie i w jak najlepszym stanie. Aby uczniowie lepiéj wyćwiczyć się mogli we wstępnych, a nader potrzebnych robotach, jak w spajaniu metalów i w snycerstwie, uczą swéj sztuki najlepszy berliński złotnik i snycerz w kości słoniowéj, wprawiając w ten sposób dłoń do trzymania dłuta rytowniczego i pilnika, jako też do umiejętnego używania tychże narzędzi. W głównéj pracowni znajduje się ciągła wystawa przedmiotów firmy A s h - S o n s, mającéj filije w L o n d y n i e, L i v e r p o o l u, M a n c h e s t e r z e, P a r y ż u, B e r l i n i e, W i e d n i u, H a m b u r g u, K o p e n h a d z e, P e t e r s b u r g u i N o w y m Y o r k u. Jest to może jedna z najsławniejszych, jeżeli nie najsławniejsza firma przyrządów i narządzi dentystycznych. Firma ta urządziła w Europie nie jeden zakład dentystyczny i wyrabia najtrwalsze i najlepsze narzędzia. Nakładem firmy A s h-S o n s wychodzi w Berlinie *Correspondenz-Blatt für Zahnärzte*, które to pismo darmo wszystkim uczącym się przysyłane zostaje. Zastępca wspomnianéj firmy przez cały dzień siedzi w pracowni i dostarcza potrzebnych przyrządów i materyjałów.

Między godziną 11 a 1 prof. Dr. B u s c h uczy na pierwszem piętrze sztuki wyrywania zębów. Przypatrzmy się teraz, jak to wygląda i jeżeli na dole prawie wszystko nienagannie się przedstawia, to tu sprawa ma się odmiennie i o niéj w kilku słowach chciałbym pomówić.

Prof. Dr. M i l l e r z berlińskiéj szkoły dentystycznéj rozpisał do wszystkich klinik chirurgicznych i zakładów dentystycznych listy z zapytaniem, czy i jakie infekcyje nie zachodziły przy wyrywaniu zębów? Praca, jaką podjął berliński profesor, jakkolwiek czysto statystyczna, jednak wydaje się być bardzo ważną ze względu na przestrzeganie aseptyki jamy ust przy operacyjach, co zresztą może być chyba jedynie niedoścignionym ideałem — trudno bowiem jest istotnie do tego stopnia oczyścić jamę ust, jak możliwem jest oczyszczenie innego pola operacyjnego, gdzie nie ma tak wielu fałdów, bruzd i zagłębień. Czego przecież w zupełności oczyścić nie można, o to przynajmniéj starać się potrzeba, a w ten sposób uniknie się nader nieprzyjemnych w praktyce dentystycznéj przypadków. Rok rocznie prof. Dr. R y d y g i e r, oddając kleszcze zębowe w ręce swoich uczniów, przestrzega ścisłego odwietrzania narzędzi, nawet do tak pozornie błahych operacyj używanych. Na dowód tego przytacza smutny przypadek, jaki się wydarzył w jednym z niemieckich uniwersytetów, gdzie profesor chirurgii, nie dobrze oczyszczonemi kleszczami Polakowi, słuchaczowi medycyny wyrywał zęba i w jakiś czas śmierć z powodu ropnicy, mającéj punkt wyjścia z rany kleszczami zadanéj, nastąpiła. Takich przypadków znalazłoby się może i więcéj, ale nikt nie rad ogłaszać własnych błędów i rzucać kamieniem potępienia na siebie, chociaż z pewnością podziałałoby to skutecznie na całe zastępy tych, co kleszcze zębowe nie odwietrzane, uważają za stósowne narzędzie do podjęcia rękoczynu. Zadaniem pracy prof. M i l l e r a jest widocznie wykazanie, o ile odwietrzenie to jest potrzebnem. W tym celu zestawia cały szereg historyj chorób, gdzie wynikły powikłania, wywołane po największéj części błędem operatora, przy wyrywaniu zęba popełnionym.

Wziąwszy księgi chorych przychodnich i stałych z ostatnich 5-ciu lat, zająłem się wyszukaniem, czy kiedy w krakowskiéj klinice chirurgicznéj nie zaszły przypadki jakiegokolwiek zakażenia po wyrwaniu zęba, aby do pożytecznéj pracy prof. M i l l e r a dodać choćby jednę cegiełkę i odpowiedzieć na jego w osobnym arkuszu drukowane pytania. Przez przeciąg ostatniego 5-lecia w klinice chirur. Uniw. Jagiell. przesunęło się niespełna 15·000 chorych ogółem, z czego było z cierpieniem jamy ust 879, a więc około 6%, wliczając w to tylko chorych z karyjetycznemi zębami, zapaleniem okostnéj szczęki dolnéj lub górnéj i kamieniem zębowym. Ekstrakcyj samych, bez żadnego innego zabiegu, wykonano 768, — 86 razy dodano do ekstrakcyj przecięcie ropnia, wyskrobanie lub wydalenie obumarłych części szczęki. U 24 pacyjentów nie znalazłem notatki, jaki zabieg został wykonany, a może nie poddali się żadnemu i dla tego właśnie nie ma o nim wzmianki. Księgi ambulatoryjne, chociaż są na tyle ściśle prowadzone, że zapisanoby z pewnością, czy nie zaszedł jakikolwiek przypadek następowego zakażenia, na szczęście tego nie podają. Z przyjemnością przyszło mi stwierdzić, że nie posiada klinika chirurg. ani jednéj historyi choroby do pracy prof. M i l l e r a. Zawdzięczać to jedynie należy ciągłemu przestrzeganiu antyseptyki tam, gdzie

aseptyczne wykonanie operacyi jest absolutnie niemożliwem. Postępowanie, jakie zaleca prof. Rydygier przy wyrywaniu zębów w klinice chirurgicznéj, jest następujące: chory winien kilkakrotnie wypłukać usta 3% rozczynem kw. borowego lub salicylowego; kleszcze odwietrzają się jak każde narzędzie do operacyi jamy ustnéj używane, tj. przez sterylizowanie parą, wodą gorącą, lub wreszcie 5% kw. karbolowym. W tym ostatnim razie opłukuje się narzędzie w ciepłym 3% rozczynie kwasu borowego, aby uniknąć nieprzyjemnego zimna metalu i smaku karbolu. Tak przygotowane narzędzie nie dało i nie da z pewnością prof. Millerowi materyjału do jego pracy, a księgi chorych w klinice chirurgicznéj Uniw. Jagiell. wykazały to dosadnie.

Przypatrzmy się teraz, jak postępują tu w Berlinie, w jednéj z najsławniejszych szkół dentystycznych Europy. Pierwsze piętro, jak nadmieniłem, poświęcone jest na salę operacyjną i poczekalnie dla chorych; w dwóch dość dużych pokojach odbywa się wyrywanie zębów, któréj to operacyi przewodniczy prof. Dr. Busch, zarazem dyrektor całego Zakładu. Pierwszy pokój jest przeznaczony dla zwykłych śmiertelników, którzy nie chcą, lub nie mają na to, aby poświęciwszy 3 marki być uśpionym gazem rozweselającym Na dębowym stoliku leżą pod wpływem atmosferycznego dość gęstego z kurzawą powietrza narzędzia, przeznaczone do operacyj, w stanie zupełnie suchym Obok nich maleńka porcelanowa miseczka, podobno z rozczynem 5% karbolu, bo w smaku uczuć téj pięcio procentowéj jego siły nie mogłem, stoi na straży antyseptyki, nazwiskiem chyba karbolu odstraszając mikroorganizmy, bo rzadko kiedy ktokolwiek o nią zawadza. Nieopodal od stolika jest zwykły obszerny fotel, z wałkiem pod głowę, na którym w liczebnym porządku siadają przybyli chorzy. Prof. Busch, umieszczony za plecami chorego, otoczony słuchaczami, kontroluje lusterkiem jamę ust, głośno oznaczając zęba, który ma być wyrwanym. Rzecz cała odbywa się nader szybko, pacyjenta chwytają za nogi, przytrzymują mu ręce, słuchacz odbiera kleszcze z rąk stojącego za stolikiem asystenta i wyrywa zęba, nie oglądając się wcale na to, jakie mu narzędzie podano. Nie rzadko zdarza się, że kleszcze wysuną się z rąk niewprawnego operatora, padną na brudny, przez poprzednich pacyjentów pokrwawiony ręcznik, (bo na taki zbytek jak kompres sterylizowany tu sobie nie pozwalają) lub znajdą się na ziemi. Nie żenuje to nikogo; nie słyszałem, żeby na takie drobnostki zwracano tu uwagę. Narzędzie po takim upadku wraca do jamy ust i robi swoje. Zdarza się także, że w tym pośpiechu, jaki tu panuje, operator nie dosłyszy, którego ma właściwie zęba wyrwać i często albo kleszcze splezną się na ząb zdrowy, albo wprost już nie kontrolowany uczeń wyrywa zęba sąsiedniego. Profesor raz powiedziawszy, nie zwykł patrzeć na rękę początkującego; od czasu do czasu tylko, gdy akt wyrywania trwa za długo, siłą, którą ma znaczną, dopomaga uczniowi. W ten sposób nader łatwo, ale ze szkodą chorego, można mieć materyjał do implantacyi, któréj, nawiasowo mówiąc, bardzo ładne wyniki tu widziałem.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

*** Kraków** d. 26 listopada. Otrzymaliśmy Kalendarz lekarski krakowski na rok 1892, na wezwanie Tow. lek. krakowskiego ułożony przez Dra Franciszka Murdzieńskiego. Z przedmowy autora wynika, że kalendarz ten po raz pierwszy ukazał się w Krakowie w r. 1868 staraniem obecnego prof. lwowskiego Dra Czyżewicza, po przerwie 11 lat wyszedł rocznik drugi staraniem ś. p. prof. Janikowskiego i doc. Dra Grabowskiego w r. 1880 i 1881, od roku zaś 1883 do 1891 włącznie wychodził we Lwowie pod redakcyją Dra Stelli-Sawickiego. Gdy jednak ostatni udał się w ciągu roku bieżącego do Tow. lek. krakowskiego donosząc, że z powodu licznych zajęć usuwa się od dalszego wydawnictwa i prosi, aby Towarzystwo lek. krak. nie dało upaść krajowemu wydawnictwu, — na wezwanie tego Towarzystwa i pod jego opieką Dr. Murdzieński podjął się prowadzić daléj rzecz rozpoczętą przez wspomnionych szan. kolegów. Wydawca wywiązał się z przyjętego na siebie obowiązku punktualnie i świetnie: nowy bowiem rocznik odpowiada pod każdym względem potrzebom lekarzy polskich, a zwłaszcza galicyjskich. Wydanie jest ozdobne i wygodne dla użytku kieszonkowego. Oprócz zwykłéj treści kalendarskiéj zawiera podręcznik terapeutyczny, na zestawienie którego złożyło się kilku poważnych kolegów, spis lekarzy praktykujących w Galicyi i liczne wskazówki dla lekarzy potrzebne. Szan. wydawca dobrze się zasłużył kolegom krajowym i nie wątpimy, że kalendarz ten, którego cena jest umiarkowaną, wyruguje kalendarze niemieckie.

* Radzca zdrowia Dr. Osowicki w Poznaniu mianowany został radzcą lekarskim i członkiem kolegijum lekarskiego prowincyi poznańskiéj.

* Prymaryjuszem szpitala powszechnego w Przemyślu mianowany został Dr. Bazyli Kiebuziński.

* W dolno austr. zakładzie dla obłąkanych we Wiedniu smutny zdarzył się przypadek. Pewien szklarz chory na umyśle z pokoju swego, który wypadało czyścić, wyprowadzony do izby innéj, gdy powrócił do swego pokoju, znalazł w nim naczynie z kw. karbolowym zgęszczonym, przez posługacza zapomniane. Chory, nałogowy pijak w mniemaniu, że to wódka, zabrał się odrazu do butelki. Posługacz przybiegł za późno, również i pomoc lekarska okazała się bezskuteczną, bo po upływie 2 godzin chory umarł. Posługacz skazany został przez sąd na 6-tygodniowe więzienie z powodu wykroczenia przeciw bezpieczeństwu życia. O słusznym tym wyroku wspominają gazety wiedeńskie bez dalszych uwag, nie czyniąc odpowiedzialnym zakładu za niedbalstwo posługacza. Czyby u nas także tak było, gdyby podobne nieszczęście zdarzyło się w jednym z naszych zakładów?

* W tygodniu 45 tym (od 8—14 listopada) było w Krakowie małżeństw 23, urodzin 74, skonów 61; z tych z gruźlicy 14, z zapalenia płuc 13, z odry 3, z nieżytu żołądka i jelit 3, z dławca, duru brzusznego po 2.

* **Nekrologija**. W Budapeszcie umarł po dłuższéj chorobie najzasłużeńszy okulista węgierski Dr. Ignacy Hirschler, członek Izby Panów, licząc lat 68. — W Wilnie zmarł Dr. Ignacy Fonberg, zasłużony b. profesor chemii w uniwersytecie i akademii wileńskiéj a późniéj w Kijowie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyję *Gaz. Lek.* Nr. 34 zawiera: Dr. Rehmana: Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy (cholelithiasis); W *Gazecie Lek.* Nr. 45: Wrześniowskiego: Izydor Kopernicki, wspomnienie pośmiertne; Rabka: Przypadek postępowego kostnienia mięśni; w *Medycynie* Nr. 45: Wyszomirskiego: Influenza w pow. Wągrowskim (c. d.); W *Zdrowiu* Nr. 73: Danielewicza: Warszawska śmiertelność w roku 1880; Polaka: Wydalenie odpadków i ścieków w Warszawie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 2 grudnia b. r. o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). — Porządek dzienny: 1) kol. prof. Obaliński: Demonstracyja chorych; 2) kol. Opieński: Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych drogą moczu; 3) Sprawy administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.